FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1903 N° 427

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 9 juillet 1903, à 1 heure

PAR

Eugène SALSAC

PAPILLOMES CUTANÉS DU MAMELON

Président M. CORNIL, *Professeur.*

Juges : MM. GILBERT, *Professeur.* LETULLE, *Agrégé.* MÉRY, *Agrégé.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

JULES ROUSSET

1, rue Casimir-Delavigne et 12, rue Monsieur-le-Prince

(Anciennement 36, rue Serpente)

1903

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS



Année 1903 N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 9 juillet 1903, à 1 heure

PAR

Eugène SALSAC

PAPILLOMES CUTANÉS DU MAMELON

Président : M. CORNIL, *Professeur.*

Juges : MM. GILBERT, *Professeur.* LETULLE, *Agrégé.* MÉRY, *Agrégé.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS
LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE
JULES ROUSSET
1, rue Casimir-Delavigne et 12, rue Monsieur-le-Prince
(Anciennement 36, rue Serpente)

1903

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	POIRIER.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils	BERGER.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie comparée et expérimentale	CHANTEMESSE
Clinique médicale	LANDOUZY. HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathol. mentale et des maladies de l'encéphale.	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	TERRIER. DUPLAY. LE DENTU. TILLAUX.
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON
Clinique d'accouchements	PINARD. BUDIN.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON

Agrégés en exercice

MM.
ACHARD.
AUVRAY.
BEZANÇON.
BONNAIRE.
BROCA Auguste.
BROCA André.
CHASSEVANT.
CUNEO.
DEMELIN.
DESGREZ.
DUPRÉ.

MM.
FAURE.
GILLES DE LA TOURETTE.
GOSSET.
GOUGET.
GUIART.
HARTMANN.
JEANSELME.
LANGLOIS.
LAUNOIS.

MM.
LEGRY.
LEGUEU.
LEPAGE.
MAUCLAIRE.
MARION.
MERY.
POTOCKI.
RENON.
REMY.
RICHAUD.

MM.
RIEFFEL (chef des Travaux anatomiques.)
TEISSIER.
THIERY.
THIROLOIX.
THOINOT
VAQUEZ.
WALLICH.
WALTHER
WIDAL.
WURTZ

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES MAITRES

A MES AMIS

A MES PARENTS

A tous ceux auprès de qui j'ai toujours trouvé les meilleurs conseils et les plus chaudes sympathies.

A MA MÈRE

Qui est pour moi le symbole vivant du dévouement et de l'abnégation. Puissè-je l'entourer longtemps de mon affection et de mes soins.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A qui j'eusse été heureux de dédier ce modeste travail.

A MONSIEUR LE DOCTEUR MARION

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu
Professeur agrégé à la Faculté de médecine.

A MON PRÉSIDEDT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR CORNIL

Professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine
Médecin de l'Hôtel-Dieu
Membre de l'Académie de médecine
Chevalier de la Légion d'honneur.

PRÉFACE

Nous ne saurions placer ce modeste travail sous de meilleurs auspices que ceux de nos maîtres des Facultés de Toulouse et de Paris.

Nous nous rappelons avec plaisir l'année passée sous la direction du professeur Mossé, qui par ses fines causeries où la thérapeutique s'alliait toujours au diagnostic, a su faire naître en nous le goût et l'amour de la médecine. Qu'il nous permette de lui adresser nos premiers remerciements.

Le professeur Guyon dont la haute compétence n'est plus à vanter, nous donna les principes de la pathologie génito-urinaire.

Nous avons eu l'honneur d'apprendre l'art des accouchements à l'école du professeur Budin ; son autorité et la parfaite organisation de son service nous ont permis d'asseoir solidement nos convictions obstétricales.

Les cliniques du professeur Tillaux rendues si instructives par leur caractère essentiellement pratique nous

ont appris en même temps avec quelle bienveillance le médecin doit traiter ceux qui souffrent.

Qu'il nous soit permis d'envoyer nos remerciements à M. le professeur Marfan qui a contribué à notre éducation médicale dans cette branche si intéressante des maladies des enfants.

M. le docteur Marion, professeur agrégé, dont nous nous honorons d'avoir été l'élève nous a toujours accueilli avec la plus grande bienveillance et nous a prodigué ses inappréciables conseils dans la confection de cette thèse. Nous aurons tous les jours à faire appel aux notions si nettes et si claires de son enseignement. Il nous serait difficile de lui dire en termes suffisamment éloquents notre profonde gratitude.

M. le professeur Cornil nous a ouvert les portes de son laboratoire et nous a guidé pas à pas dans l'étude anatomo-pathologique de ce travail. Il a bien voulu nous faire le grand honneur de présider notre thèse. Qu'il nous permette de lui offrir nos remerciements et l'expression de notre profonde reconnaissance.

INTRODUCTION

La peau du mamelon est constituée de la même façon que celle des autres régions et il est curieux de remarquer la rareté des cas de papillomes publiés jusqu'à présent. Le papillome, comme le définit le professeur Delbet, est une tumeur formée par l'hypertrophie et la néoformation de papilles, c'est-à-dire de saillies du mésoderme vasculaire enveloppées d'épithélium. Il ne suffit pas, pour qu'une tumeur rentre dans cette catégorie, qu'elle ait un aspect papillaire, l'organe dans lequel naît une néoformation suffisant quelquefois à déterminer le type extérieur de cette néoformation. On sait par exemple la tendance qu'ont les tumeurs de la vessie à prendre l'aspect papillaire. La tumeur dite « papillome » a une structure essentiellement spéciale; elle se différencie des formations papillaires par son étiologie, sa constitution anatomo-pathologique, sa marche et par conséquent son pronostic. C'est une

tumeur absolument à part, qu'il est utile de différencier des autres.

Ayant eu la bonne fortune d'observer dans le service du professeur Marion, un de ces cas très rares de papillomes cutanés du mamelon, nous avons cru qu'il serait intéressant de l'étudier d'une façon complète. Les travaux sur ces tumeurs n'abondent pas dans la littérature médicale; l'intérêt de ce travail réside donc dans l'étude attentive du cas observé. Nous allons d'abord exposer la description de la tumeur enlevée par MM. Milian et Herrenschmidt qui fut l'objet d'une communication à la Société anatomique en octobre 1899 sous le titre de « Papillome corné, pédiculé du mamelon ». Nous y joindrons le cas étudié par nous dans le service du docteur Marion et nous en rechercherons ensuite les points communs pouvant servir à en éclairer l'étiologie, l'anatomie pathologique et le diagnostic; nous essaierons aussi d'en déduire des indications thérapeutiques.

Observation I

(*Bulletin de la Société anatomique*, octobre 1899.)

Papillome corné pédiculé du mamelon, par MM. Milian et Herrenschmidt.

Il s'agit d'une femme, cuisinière, multipare, sans antécédents pathologiques, qui, vers l'âge de 35 ans, alors qu'elle en a aujourd'hui 51, vit se développer sur le sommet du mamelon gauche une petite tumeur verruqueuse qui s'accrut progressivement sans troubles fonctionnels. Cette tumeur continua à s'accroître jusqu'à l'âge de 46 ans, époque où elle atteignit le volume actuel, d'un petit abricot, et où la malade entra dans la ménopause.

La tumeur définitivement constituée se présentait sous la forme d'une masse arrondie, blanchâtre, à surface verruqueuse, appendue au mamelon par un mince pédicule de 1 centimètre environ. La consistance était ferme, mais elle s'aplatissait néanmoins sous la pression du corset. Il n'y avait pas la moindre hypertrophie ganglionnaire et la glande mammaire était normale.

En septembre dernier, sous l'influence de transpirations et d'une propreté douteuse, le papillome rougit et suinta. Les accidents cédèrent rapidement à un pansement humide, et afin d'en éviter le retour, la malade demanda à en être débarrassée, ce qui fut fait par une intervention des plus simples.

L'examen histologique a révélé l'existence d'une tumeur fibreuse enveloppée de toutes parts d'un épithélium pavimen-

teux corné, en un mot d'un papillome corné. L'épithélium forme comme d'habitude une multitude de digitations qui s'enfoncent dans le corps fibreux, mais sans disjonction ni désorientation de la couche génératrice qui est seulement plus marquée par l'accentuation de la coloration.

Le corps fibreux est formé de tissu conjonctif assez lâche où pourtant existent de place en place de gros îlots de faisceaux conjonctifs fortement colorés par l'éosine, mais nettement fibrillaires et que, à un faible grossissement, on pourrait prendre pour des faisceaux musculaires. On a grand'peine à découvrir les vaisseaux ; par contre, il y a une grande quantité de fentes tapissées d'endothélium qui sont certainement des lymphatiques. Enfin, il existe, disséminés ou même groupés, un certain nombre de lymphocytes.

Observation II (Inédite)

J. A... 39 ans. Vient à la consultationde l'Hôtel-Dieu le 30 avril 1903 pour de petites saillies du mamelon droit. La malade avait depuis une quinzaine d'années une petite grosseur du volume d'un pois siégeant à la base du mamelon, à la partie interne. Les autres saillies sont apparues sur le mamelon, il y a une dizaine d'années. Cette femme n'a pas eu d'enfants, pas d'allaitement, pas d'écorchure de la mamelle, à ce qu'elle dit. Actuellement, cette tumeur, (fig. 1), développée sur le mamelon droit, en a la coloration. Elle est longue de deux centimètres et demi et large de trois centimètres et demi dans sa plus grande largeur. Elle affecte un aspect de tête de chou-fleur et peut être divisée en deux lobes principaux. Le premier de ces lobes est constitué par des bourgeons.

dont les uns sont sessiles, les autres pédiculés, suivant leur degré de développement ; ils ont la grosseur d'un grain de mil et sont juxtaposés. Le second lobe se présente sous un aspect plus régulier et c'est surtout celui-ci qui rappelle un chou-fleur. Il est légèrement strié en diagonale, mais de telle façon que ces stries délimitent des espaces circulaires à peine saillants, qui sont vraisemblablement des bourgeons analogues aux précédents mais à un stade de développement moins avancé. La



Fig. 1.

Aspect général de la tumeur (dessin dû à l'obligeance du professeur Marion).

surface est partagée par des sillons plus ou moins profonds sans direction systématique. Enfin, entre ces deux lobes, on voit un bourgeon isolé qu'on pourrait appeler e bourgeon type, du volume d'un poids, nettement sphé-

rique, nettement pédiculé. C'est le modèle vers lequel semblent s'acheminer tous les autres.

La tumeur tout entière se rattache à son point d'implantation par un pédicule de hauteur inégale constitué par la peau du mamelon, parsemée de tubercules de Montgomery hypertrophiés. Au-dessous, la glande mammaire est indépendante et semble normale ; les ganglions axilliaires ne sont pas plus développés que du côté opposé, ils ne sont ni durs ni douloureux. Le malade ne souffre pas ; sa santé générale est excellente.

EXAMEN HISTOLOGIQUE

dû à l'obligeance de M. le professeur Cornil

Plusieurs séries de coupes de ce mamelon ont été faites.

1° Coupes comprenant une partie superficielle, végétante, mamelonnée à l'œil nu (chou-fleur). Après durcissement par l'alcool et montage dans la celloïdine, les préparations montrent à la surface les végétations comme autant de mamelons complètement recouverts de couches épidermiques (corps muqueux et épiderme corné) (fig. 2). Chacune des végétations est formée par de nombreuses papilles ramifiées. Dans la portion centrale des papilles (fig 3), et dans le tissu conjonctif sous-jacent (fig 2), on voit des vaisseaux sanguins capillaires extrêmement dilatés et rapprochés les uns des autres. Leur dilatation et leur conglomération fait presque penser à un angiome caverneux. Parfois, une coupe transversale d'une papille montre son vaisseau central très dilaté (fig. 4). occupant

environ les deux tiers de la papille elle-même. Le tissu conjonctif de ces papilles n'est pas très riche en globules

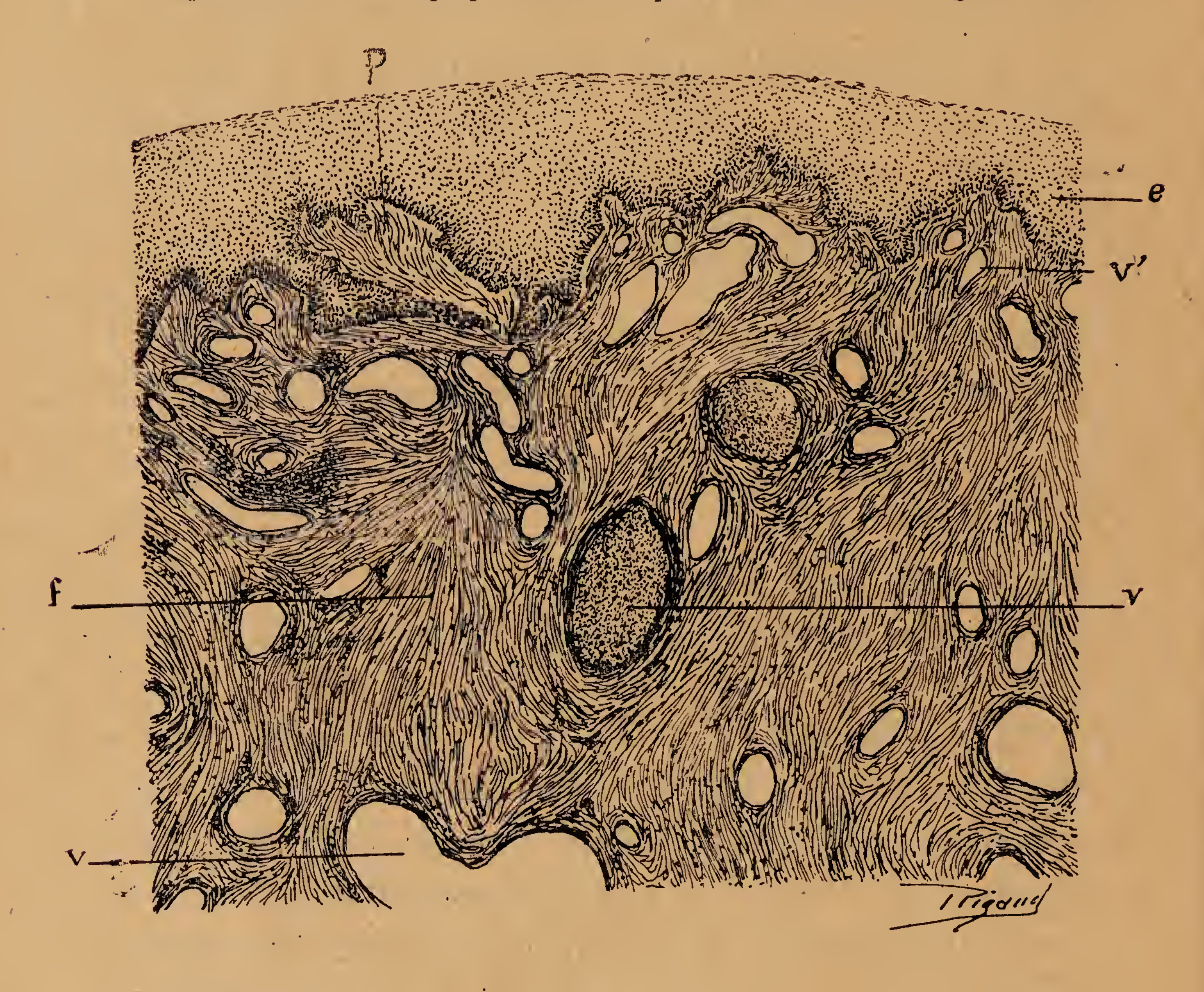


Fig. 2.

Coupe de la surface du mamelon montrant une végétation papillaire et des vaisseaux très dilatés, remplis de sang.

e) Revêtement épidermique.
p) Papilles hypertrophiées.
v) Vaisseaux très dilatés du derme.
v') Vaisseaux des papilles.
f) Tissu conjonctif.

(*Grossissement de* 40 *diamètres.*)

blancs. Il y en a cependant un peu plus qu'à l'état normal autour des vaisseaux ; il y en a peu aussi autour des vaisseaux dilatés du tissu conjonctif profond (fig. 2).

D'après le petit nombre de cellules migratrices, on pourrait penser que le papillome est ancien. Les globules blancs épanchés sont pour la plupart, pour le plus grand nombre, des mononucléaires. Il y a aussi dans le tissu

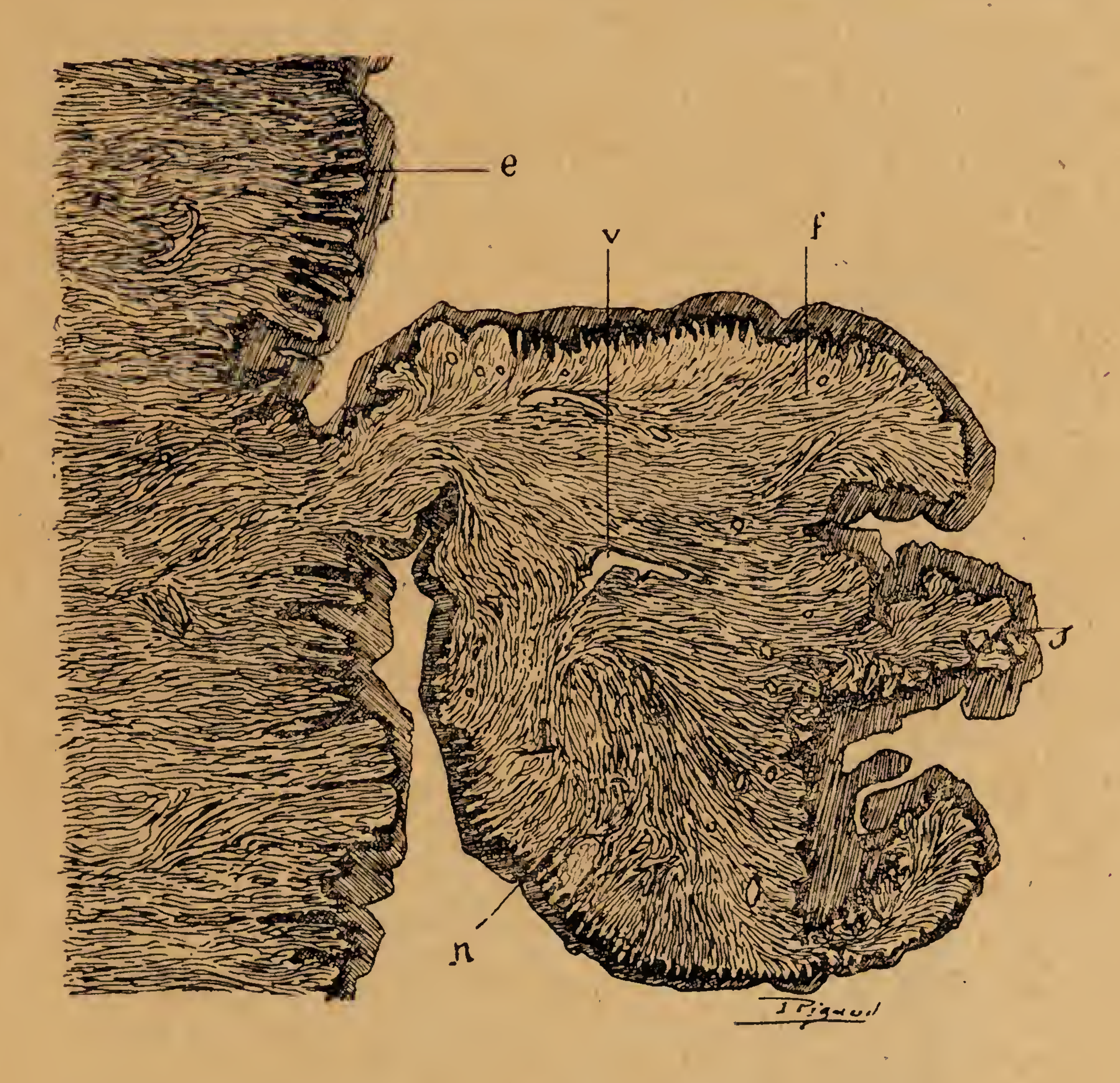


Fig. 3.

Coupe transversale du mamelon d'où se détache un polype papillaire pédiculé.

e) Epiderme et papilles appartenant au mamelon.

u) Polype dont le pédicule est relié au tissu conjonctif du mamelon.

v) Un vaisseau de ce polype.

f) Son tissu conjonctif.

La surface se montre des papilles composées formant des reliefs distincts.

(*Grossissement de* 10 *diamètres.*)

conjonctif des cellules conjonctives plus volumineuses qu'à l'état normal. Les vaisseaux dilatés renferment en outre des globules rouges, un certain nombre de leucocytes polynucléaires et mononucléaires.

2° Coupes horizontales du mamelon comprenant tout le mamelon avec la peau qui l'entoure (fig. 4). Sur ces coupes, la peau est partout papillaire, mamelonnée avec des



Fig. 4.

Une partie, un quart environ de la coupe transversale du mamelon.
g) Coupe des conduits galactophores.
m) Tissu musculaire périphérique à ces canaux.
f) Tissu conjonctif.
e) Couche épidermique revêtant des papilles volumineuses, parfois isolées et décomposées.
v,*v*') Vaisseaux.

(*Grossissement de* 10 *diamètres*.)

végétations visibles à l'œil nu et qui souvent sont adhérentes à la peau par un pédicule, mais plus ordinairement ces végétations sont sessiles et constituées comme les précédentes par un épaississement du derme et une formation papillaire exubérante dans laquelle les papilles hypertrophiées, nombreuses, ramifiées, sont entourées d'une couche épidermique. On trouve là, dans le derme superficiel, de grosses glandes sébacées qui sont normales (glandes de Morgagni).

Dans la partie centrale du mamelon, on voit les sections transversales des canaux galactophores, entourés de faisceaux musculaires lisses qui les accompagnent. Dans la portion sectionnée dont nous avons fait plusieurs préparations, nous avons dix-huit sections transversales de canaux galactophores. Ces canaux qui sont plissés en long, montrent par conséquent, sur des coupes transversales (fig. 4), une apparence papillaire, étoilée, irrégulière. Les vaisseaux qui entourent les canaux galactophores sont normaux, ne paraissent pas dilatés.

Il n'y a pas non plus de leucocytes migrateurs dans le tissu conjonctif de la muqueuse de ces canaux ni autour d'eux. Ces replis sont tapissés d'une double couche de cellules cylindriques. Parfois, on trouve, dans l'intérieur de certains canaux, un peu de mucus avec des cellules épithéliales détachées. Bien qu'il n'y ait pas dans ces canaux une inflammation notable, il nous a semblé néanmoins que les saillies des plis étaient plus marquées qu'à l'état normal.

3° Dans une troisième série de coupes, nous avons sectionné en long une partie du mamelon afin d'étudier

les canaux galactophores suivant leur longueur et de suivre les végétations papillaires de la surface dans toute la hauteur du mamelon. Nous avons constaté que partout à la surface cutanée il y a des végétations papil-

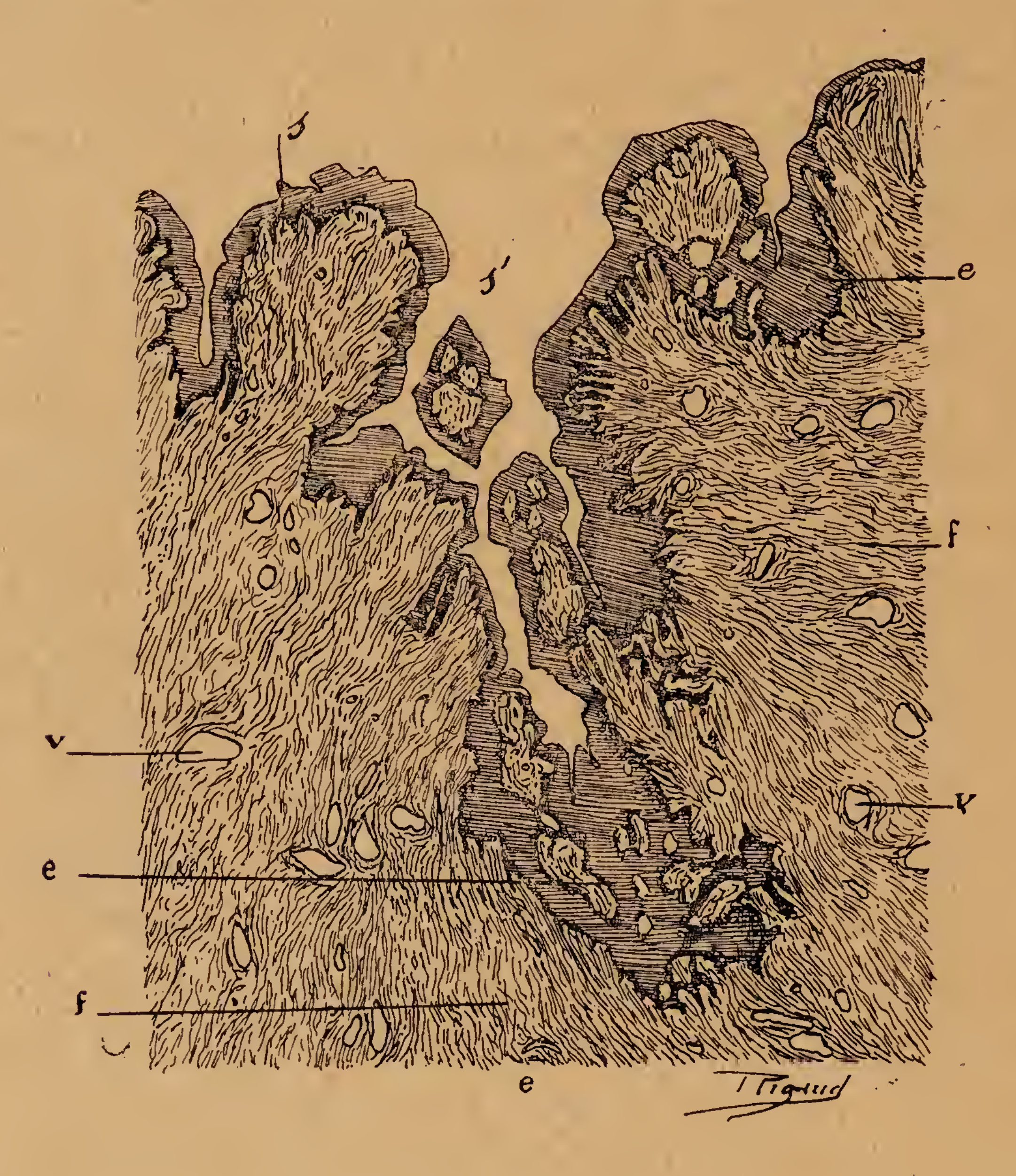


Fig. 5

Végétations papillaires du bout du mamelon, qui montre les petits papillomes détachés du tissu mamelonnaire.

e) Epithélium.

f) Tissu conjonctif.

v, v') Vaisseaux dilatés.

s,) Papilles décomposées et isolées, rattachées par un pédicule au tissu conjonctif du mamelon.

s') Anfractuosité où l'on voit des végétations papillaires dont l'une est coupée de façon à ce qu'on ne voie pas son pédicule.

(*Grossissement de* 10 *diamètres.*)

laires plus ou moins prononcées, tantôt sessiles, tantôt légèrement pédiculées.

Ces végétations sont formées, comme cela a été indiqué déjà, par des papilles hypertrophiées, décomposées en choux-fleurs, avec des vaisseaux capillaires volumineux et une infiltration par de petites cellules dans le tissu des papilles et le tissu cellulaire du derme. Les glandes sébacées sont normales.

La section des canaux galactophores montre leurs plis suivant leur longueur et leurs caractères.

Ces plis sont à peine plus marqués qu'à l'état normal.

La section longitudinale du bout du mamelon montre là des papilles très développées, des saillies papillaires très nettes et au centre du mamelon, l'ouverture des conduits galactophores caractérisée par une couche d'épithélium corné et malpighien très considérable.

Les faisceaux musculaires du mamelon, coupés en travers dans les coupes transversales, coupés en long ici, et accompagnant les canaux galactophores dans leurs diverses directions sont normaux.

En résumé, il s'agit d'un papillome cutané siégeant sur tout le mamelon, ayant déterminé une inflammation du derme en dessous des papilles, mais n'ayant pas atteint d'une façon très notable les canaux galactophores.

ETIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Pour le papillome comme pour beaucoup de néoplasmes, les notions étiologiques que nous possédons sont bien incertaines. On s'est adressé à la bactériologie pour trouver la solution du problème. On a décrit un microorganisme spécial. Majocci a découvert un « bacterium porri », Babes, des micrococques, Kuhssemann un bacille et aussi Ounkowsky, en 1886, un microorganisme qu'il dit spécifique.

MM. les professeurs Delbet et Lyon ont fait dans ce sens des recherches, qui, de leur aveu, ne leur ont donné aucun résultat : ils n'ont vu que des bactéries banales et ne croient pas jusqu'à nouvel ordre, à la spécificité de l'affection.

Quand on essaie de déterminer la pathogénie, on est frappé de voir combien souvent on trouve une cause irritative dans les antécédents des malades. Et le plus souvent il s'agit d'une irritation répétée, fréquente, de la région par une cause quelconque (mécanique ou autre) : irritation par la malpropreté dans les papillomes des or-

ganes génitaux chez les individus peu soigneux, irritation par la malpropreté encore chez les vieillards atteints de « crasses » vulgaires.

Reclus remarque que les papillomes des régions génitales de la femme, provoqués par les liquides vaginaux, le pus blennorrhagique prennent un développement considérable au moment où la femme devient enceinte. La congestion des organes du petit bassin qui accompagne cette période peut sans doute entrer en ligne de compte.

De même, les papillomes des cordes vocales sont surtout observés chez les chanteurs, les papillomes du rectum sont l'aboutissant des rectites chroniques ; on a vu des papillomes se développer sur la vésicule biliaire et le canal cholédoque à la suite d'inflammation des voies biliaires.

Par analogie, il est à retenir que dans nos deux observations, les deux malades ont vu paraître les premiers bourgeons de la tumeur, alors qu'elles étaient en pleine période de vie génitale. L'une d'elles est une multipare qui a peut-être nourri ; la tumeur a débuté à cette période d'irritation de la région aréolaire ; elle a progressé peu à peu, insensiblement pour atteindre un état qui est devenu stationnaire à l'âge de la ménopause. A ce moment-là, elle cesse de s'accroître chez la malade de M. Milian ; elle se ressent de l'atrophie générale que subissent alors tous les organes se rattachant au système génital.

Le mamelon est un organe érectile. Cette érectilité qui peut être provoquée par des causes variées est déjà un facteur de congestion et d'irritation plus facile ; un cor-

set mal confectionné peut à lui seul établir un frottement nuisible.

Dans notre observation, quoique la malade n'ait pas eu d'enfants, pas d'allaitement, le début de la tumeur remonte néanmoins à l'âge de 24 ans, c'est-à-dire à une époque où la femme est en pleine vie sexuelle. Sous l'influence d'une irritation quelconque, mécanique probablement, le mamelon a réagi et a donné naissance à un néoplasme formé aux dépens des éléments qui le constituent, les papilles. C'est une hypertrophie en masse des papilles qui s'est produite; hypertrophie de leur portion mésodermique, tissu conjonctif et vasculaire, hypertrophie de leur portion ectodermique, revêtement épithélial.

SYMPTOMATOLOGIE

Ce sont des papillomes composés présentant la coloration normale du mamelon, autant, du moins, qu'ils ne sont pas infectés. Débutant par un simple noyau, la tumeur se développe d'une façon lente, insidieuse, puisqu'elle a mis plus d'un an à atteindre son volume définitif chez la malade de M. Milian qui était, dit l'observation, d'une propreté douteuse. Chez notre malade, élevée à une meilleure hygiène, l'évolution a demandé 25 ans. On peut donc admettre que ces tumeurs évoluent plutôt lentement.

Alors que la tumeur de M. Milian avait une surface verruqueuse, la nôtre rappelait plus volontiers un chou-fleur, à arborescences irrégulières, à structure dichotomique. Ces arborescences, plus ou moins tassées les unes contre les autres, plus ou moins adhérentes à leurs voisines suivant leur âge et leur propreté, plus ou moins volumineuses suivant leur degré de développement offrent au palper une sensation de résistance et d'irrégularité. Ces tumeurs ne sont pas adhérentes aux tissus profonds, on

peut faire promener le mamelon facilement sur la glande mammaires ; les ganglions régionaux n'en sont pas influencés ; la santé de la malade n'en est pas altérée. En somme, leurs caractères objectifs ne font nullement penser à un néoplasme malin ; la malade ne souffre pas ; elle désire simplement se faire débarrasser d'une végétation gênante, inesthétique qui, a un moment donné, peut s'enflammer. La symptomatologie clinique n'a, comme on le voit, rien d'effrayant ; elle offre toutes les apparences de la bénignité qu'il est facile de contrôler par l'examen histologique.

Complications possibles : 1° Infection, lymphangite, abcès, adénites. Ces papillomes à mesure qu'ils deviennent plus volumineux ont plus de chances de s'excorier et risquent l'infection. Alors, on a affaire à une plaie suintante, fétide, soumise à une macération continuelle sous les vêtements, à une malade qui souffre, dont les ganglions sont pris. On peut à la rigueur croire à un cancer et faire une erreur de diagnostic.

2° On a observé dans d'autres régions des papillomes à marche envahissante ; une notion courante est leur contagiosité. M. le professeur Delbet a observé un individu porteur de verrues sur les mains, qui eut au talon une petite plaie qu'il soigna lui-même et qui, au lieu d'une cicatrice régulière, vit survenir une volumineuse production de papillomes.

3° Greffage (et non transformation) possible d'un épithélioma chez un sujet prédisposé. On a vu des épithéliomas se développer sur des plaies atones, variqueuses, par exemple, ou sur de vieilles cicatrices Le rôle du papillome serait ici purement étiologique.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

La définition donnée au début de ce travail indique ce que nous entendons par papillome : une néoformation et une hypertrophie des papilles Une papille normale est composée de deux éléments : un élément mésodermique comprenant le tissu conjonctif et les vaisseaux, un élément ectodermique qui est le manchon épithélial recouvrant cette charpente conjonctivo-vasculaire. Voyons quelles sont les altérations de ces différents éléments dans les papillomes cutanés du mamelon.

Portion mésodermique : Le tissu conjonctif sous-jacent aux papilles est le siège d'une légère irritation. Quelques cellules conjonctives plus développées qu'à l'état normal, quelques globules blancs le plus souvent mononucléaires attestent que la lésion superficielle a retenti jusqu'à un certain degré sur le tissu conjonctif. Du reste le point intéressant est cette remarquable dilatation des vaisseaux (fig. 2), surtout du vaisseau central de la papille, qui elle aussi est une preuve du processus irritatif

et congestif. Ces vaisseaux contiennent des globules rouges et des leucocytes mononucléaires et polynucléaires en assez grande quantité. Milian dans sa tumeur a noté au contraire la petite dimension des vaisseaux ; mais il est à remarquer que la tumeur de Milian, quand il en a fait l'étude histologique, avait atteint son complet développement depuis plusieurs années, qu'elle était stationnaire depuis cette époque. Il y avait aussi des lymphocytes assez nombreux au sein de ce tissu conjonctif lâche.

Il est intéressant de rechercher l'état des canaux galactophores dans ces cas, surtout depuis que l'on sait qu'il existe des papillomes intracanaliculaires de ces conduits. Milian n'en fait pas mention dans son observation, il est à croire qu'ils étaient normaux. On a vu que dans les coupes faites sur notre mamelon, nous avons trouvé les canaux galactophores à peu près sains, que nous les examinions sur des coupes longitudinales ou transversales. A peine un peu de mucus et des cellules endothéliales détachées. Les vaisseaux satellites de ces canaux étaient eux-mêmes normaux Les lésions de la portion mésodermique se bornent donc à une dilatation énorme du vaisseau central de la papille et des autres capillaires, et à une irritation légère, soit du tissu conjonctif de la papille, soit du tissu conjonctif sous-jacent.

Portion ectodermique : Les lésions du manchon ectodermiques sont légères. Il existe sur toute la surface, plus ou moins épais selon les endroits, suivant toutes les sinuosités des tissus sous-jacents ; il comprend le corps muqueux et l'épiderme corné ; on retrouve là tous les

étages de la peau superposés et ayant subi en certains points un épaississement plus considérable.

En somme, on a affaire à une hypertrophie en masse de toutes les portions constituantes des papilles avec irritation légère du derme sous-jacent et des canalicules galactophores qui le traversent.

MARCHE

La marche des papillomes en général est souvent extensive, dit le professeur Delbet. Il faut néanmoins remarquer que, arrivée à un certain point de son développement, la tumeur tend à rester stationnaire. Celle observée par MM. Milian et Herrneschmidt, resta pendant 15 ans dans le même état, et cela, dès que la malade entra dans la ménopause.

Etant donné les lésions du tissu épithélial, on a pu se demander si une transformation maligne n'était pas à craindre et si, à un moment donné, ces papillomes du sein ne pourraient pas se transformer en épithélioma. Cette question est évidemment d'une importance capitale au point de vue du pronostic. Si l'épithélioma était l'aboutissant du papillome, l'intervention hâtive serait non seulement utile, mais encore nécessaire, indispensable. Nous ne le croyons pas. L'étiologie nous apprend que c'est un produit inflammatoire, une lésion irritative, que ce n'est pas une néoplasme vrai ; l'histologie et la clinique nous le confirment. La formule anatomo-pathologique est celle donnée par MM. Cornil et Ranvier : « Ce sont des tumeurs absolument bénignes des papilles. »

DIAGNOSTIC

M. le professeur Cornil qui a examiné la tumeur qui fait l'objet de la précédente observation nous a dit qu'il n'avait jamais personnellement observé de fait absolument semblable. C'est, en effet, une forme analogue à celle qu'on trouve dans diverses parties de la peau, et en particulier au niveau des organes génitaux, où se rencontrent tous les types de ces papillomes en choux-fleurs.

Dans le mamelon, M. le professeur Cornil a vu des papillomes siégeant dans les conduits galactophores et remplissant en les dilatant ces conduits. Dans une observation de M. Nélaton, où ce chirurgien avait enlevé un mamelon très volumineux mais dont la peau et la surface étaient lisses, on avait affaire à de gros papillomes remplissant l'un des conduits galactophores et ses branches de division et de subdivision dans la partie profonde du mamelon. Là, sur des coupes transversales du mamelon, on voyait à un grossissement très faible la peau normale avec ses glandes sébacées. Au centre de la

coupe, il existait un conduit galactophore, ayant un diamètre de plus d'un centimètre, rempli de très gros bourgeons papillaires, en choux-fleurs, partant de la paroi de ce conduit et remplissant le canal très dilaté de ce conduit galactophore.

Autour de lui, on voyait la coupe d'une huitaine de conduits galactophores comprimés par lui, petits, à parois rapprochées, de telle sorte que leur lumière était réduite à une simple boutonnière.

Sur des coupes faites à la base du mamelon, on voyait deux puis quatre conduits également remplis de végétations papillaires, coupes qui représentaient simplement les divisions du conduit principal noté plus haut. C'est là une forme d'inflammation papillaire des conduits galactophores, différant notablement des papillomes cutanés qui font l'objet essentiel de cette thèse.

D'un autre côté, il arrive quelquefois que des kystes se développent au-dessous du mamelon par dilatation d'un de ces conduits galactophores.

C'est ainsi que dans une opération récente de M. le professeur Berger, où il s'agissait d'un kyste du sein situé au-dessous du mamelon et faisant saillie sous la peau, M. le professeur Cornil, qui a examiné la pièce, a constaté que ce kyste volumineux était dû à une dilatation d'un des conduits galactophores qui étaient dans le mamelon le siège de végétations papillaires. Ce kyste était par conséquent dû à une dilatation du conduit par rétention à la suite d'une oblitération papillaire d'un canal galactophore.

M. le professeur Cornil pense donc qu'il y a une série

de lésions des canaux galactophores dans l'intérieur même du mamelon qui peuvent donner lieu soit à des tumeurs papillaires comme dans notre cas, soit à des kystes par rétention à la suite de l'oblitération d'un ou de plusieurs conduits.

Une tumeur du mamelon étant donnée, il sera donc facile d'en faire le diagnostic sur des coupes transversales allant depuis la base jusqu'à la pointe du mamelon, et l'examen histologique seul, fait sur des coupes en séries, permettra de faire le diagnostic anatomique. Quant à ce qui est du diagnostic à l'œil nu et pendant la vie, il sera facile de reconnaître les végétations cutanées que nous avons en vue dans cette thèse. L'état chagriné de la peau, les saillies verruqueuses que l'on notera soit sur la pointe du mamelon, soit sur toute sa surface jusqu'à sa base, les petites tumeurs hérissées de végétations en choux fleurs, soit sessiles, soit pédiculées, pourront être facilement constatées, à l'œil nu ou à la loupe et éclairer le diagnostic. Cependant, il faudra toujours réserver la possibilité de végétations intra-canaliculaires qui ne sont pas visibles a la surface de l'organe et dont seul l'examen histologique peut confirmer l'existence.

TRAITEMENT

Que conclure de tout cela au point de vue des indications thérapeutiques? Nous croyons pour notre part que l'intervention opératoire est justifiée par plusieurs raisons :

D'abord, on a vu de ces tumeurs se mettre à suppurer ; on a donc à craindre dans ce cas toutes les complications d'une plaie infectée : lymphangite, abcès, adénites, mauvaise influence sur le moral de la malade, car il est notoire que toutes les maladies des organes génitaux et de leurs annexes au point de vue physiologique, mènent facilement à la neurasthénie.

Une autre raison est qu'il n'y aurait rien d'étonnant à ce que ces papillomes soient contagieux comme certains autres dont nous avons déjà parlé dans le courant de cette thèse (cas observé par M. le professeur Delbet).

Nous ne ferons que signaler les inconvénients de ces tumeurs au point de vue esthétique, surtout dans une certaine classe sociale, inconvénients qui peuvent entrer en ligne de compte pour justifier une intervention

qui, inutile de le dire, est d'une facilité extrême et d'un pronostic essentiellement favorable.

On a vu encore que le seul moyen d'établir un diagnostic irréfutable est l'examen histologique.

Le traitement logique est donc l'ablation de la tumeur. Après brossage à l'eau savonneuse et asepsie parfaite, on injecte quelques seringues de Pravaz d'une solution cocaïnée au centième, selon la méthode du professeur Reclus. On enlève tout le mamelon, en ayant soin de bien dépasser les limites du mal. Cela ne saigne presque pas et il suffit de mettre un fil sur les deux lèvres de la plaie pour les rapprocher.

CONCLUSIONS

Les papillomes du mamelon sont excessivement rares. On les observe chez la femme, de préférence entre la puberté et la ménopause, c'est-à-dire, à l'âge où le mamelon est le plus exposé à des irritations mécaniques.

Ce sont des tumeurs en chou-fleur, à végétations sessiles ou pédiculées, qui se différencient des autres néoformations par une histoire clinique qui est la suivante : Nés sous l'influence d'agents irritatifs, ils sont d'un pronostic excessivement bénin, d'une évolution lente et sans retentissement sur le système ganglionnaire ou l'état général.

Histologiquement, ils sont constitués par l'hypertrophie et la néoformation de papilles avec dilatation du vaisseau central de ces papilles et des vaisseaux du tissu conjonctif profond. Suivant le moment où on les observe, on voit une diapédèse plus ou moins active. En somme, ce sont, comme le dit M. le professeur Cornil, des tumeurs absolument bénignes des papilles.

Il arrive parfois que ces végétations s'excorient, s'enflamment et donnent naissance à une suppuration fétide qui pourrait faire croire à une tumeur maligne. Il importe donc de faire le diagnostic, qui rassurera une malade toujours inquiète quand il s'agit d'une tumeur du sein.

L'intervention chirurgicale des plus simple est justifiée par l'infection possible de ce papillome exposé à tous les traumatismes par sa situation proéminente et superficielle ; elle est justifiée encore par des raisons d'esthétique et la bénignité absolue de l'opération, rendue indolore par quelques injections de cocaïne au 1/100.

D'ailleurs, c'est le microscope seul qui peut donner une sanction au diagnostic à l'œil nu

Le Président de Thèse,
CORNIL.

Vu : Le Doyen,
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

RECLUS. — Néoplasmes. Manuel de pathologie externe. (Reclus, Kermisson, Peyrot, Bouilly.)

DELBET. — Néoplasmes. Traité de chirurgie. Le Dentu et Delbet.

MILIAN ET HERRENSCHMIDT. — Bulletin de la Société anatomique, octobre 1899.

PILLIET. — Bulletin de la Société anatomique, 1896.

IMPRIMERIE F. DEVERDUN, BUZANÇAIS (INDRE).



BUZANÇAIS (INDRE). IMPRIMERIE F. DEVERDUN